FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1927

THÈSE

N° 6

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GIRARD PAUL-LOUIS-ROBERT

Né à Saujon (Charente-Inférieure), le 10 Juillet 1897

SUR UN CAS

DE

Phlegmon du Ligament large

FISTULISÉ DANS

LA PARTIE DROITE DU GROS INTESTIN

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1927

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°_____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GIRARD PAUL-LOUIS-ROBERT

Né à Saujon (Charente-Inférieure), le 10 Juillet 1897

SUR UN CAS

DE

Phlegmon du Ligament large

FISTULISÉ DANS

LA PARTIE DROITE DU GROS INTESTIN

Président : M. GOSSET, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1927

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.
TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma plus tendre affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A M. le Professeur GOSSET

Professeur de clinique chirurgicale
a la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des hopitaux
Grand officier de la Légion d'Honneur

En remerciement de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES DOCTEURS ROBIN, SICARD, SCHWARTZ, ROGER, CHIRAY, ARROU, NOBÉCOURT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

MM. LES DOCTEURS TERMET, DUBOSC, DERONDE, DEVILLE, SEBALD, STEMPOWSKI, LÉOPOLD LE NOUÉNE, JULIEN LE NOUÉNE.

Introduction

On trouve des observations de phlegmon du ligament large fort anciennes dans la littérature médicale, mais, à vrai dire, Nonat, en 1860, dans son Traité des maladies de l'utérus, Bernutz et Goupil dans leurs différentes publications en 1862, 1866, 1877 et 1888 sont les premiers qui aient donné des descriptions bien nettes de cette affection. Mais ces auteurs ont exagéré l'importance de l'inflammation du tissu cellulaire péri utérin et sous péritonéal à un tel point qu'ils firent passer au second plan les salpingo ovarites et les pelvi péritonites. D'autre part, ils comprenaient tous les phlegmons du ligament large sous la seule dénomination de cellulite pelvienne.

Pierre Delbet, en 1888, a montré et tous les auteurs ont repris sa classification qu'il fallait distinguer 2 formes dans la cellulite pelvienne, formes nettement différenciées par leur situation anatomique, leurs symptômes, leur évolution et leur traitement :

1°) Le phlegmon de l'étage supérieur du ligament large ou phlegmon du ligament large proprement dit.

2°) Le phlegmon de l'étage inférieur ou base du ligament large qu'il désigne sous le nom de phlegmon de la gaine hypogastrique.

Puis Lawson Tait ayant montré la fréquence et la prédominance des inflammations tubo-ovariennes dans les affections du petit bassin, on a pour ainsi dire oublié ensuite l'existence des autres localisations dont le point de départ est l'utérus : c'est ainsi que Pozzi a réuni toutes les affections du petit bassin dans une même description sous le nom de péri métro salpingites.

Actuellement, une tendance nouvelle se montre pour faire une place spéciale au phlegmon du ligament large. Celui-ci qui a la même étiologie que l'inflammation des annexes s'en distingue par ses symptômes, son évolution et son traitement.

Ayant eu l'occasion de rencontrer un cas, non encore mentionné dans la littérature médicale, de phlegmon du ligament large fistulisé dans la partie droite du gros intestin, il nous a paru intéressant de le publier en étudiant en même temps la question des phlegmons du ligament large en général. Nous mettrons en évidence ce qui nous semble relatif au cas de phlegmon du ligament large fistulisé dans la partie droite du gros intestin.

Ce cas, nous l'avons observé au cours de notre Internat dans les hôpitaux du Havre, dans le service chirurgical du Docteur Léopold Le Nouëne. Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués et pour l'amitié qu'il a bien voulu nous porter. Sa conscience professionnelle et sa bonté bien connue de tous, seront pour nous le meilleur guide.

Observation personnelle

Daniel Jeanne, 41 ans. Bonne santé générale, à part présence intermittente de sucre dans l'urine avec polyurie et polydypsie (hérédité diabétique).

A eu, en juillet 1909, un accouchement très pénible (gros enfant en droite postérieure) ayant nécessité plusieurs applications de forceps et déterminé des déchirures multiples du périnée, du vagin et du col.

A la suite de cet accouchement, il y a eu des phénomènes d'infection d'origine vulvo-vaginale avec température élevée, pouls rapide et état général grave.

Ces phénomènes infectieux qui ont duré un mois n'ont laissé aucune trace apparente. Pendant 7 ans, la femme a joui du côté des organes génitaux d'une santé parfaite, ne présentant ni douleurs abdominales, ni hémorragies, ni pertes blanches.

En 1916, elle s'est plainte de douleurs dans la fosse iliaque droite avec température oscillant entre 38° et 39°. Le toucher vaginal et le palper abdominal ne révélaient rien d'anormal. On pensa à une affection appendiculaire ou hépatique, le point douloureux étant situé au-dessus de la région de l'appendice. Cette maladie dura deux mois, sans que le chirurgien appelé à voir la malade, le Docteur F. Hue (de Rouen) ait pu porter un diagnostic ferme. Elle se termina spontanément par la guérison, sans qu'il y ait eu d'évacuation de pus par le rectum ou par la vessie. La femme retrouva une très bonne

santé jusqu'au début de 1922. Vers février de cette année elle se plaignit de douleurs abdominales, intermittentes, localisées à la partie droite du ventre avec température à 38°. Les crises peu à peu se rapprochèrent en augmentant de violence pendant que la température montait à 39° et 39°5, et la malade fut obligée de s'aliter complètement en fin février 1922.

Le docteur Léopold Le Nouène qui la vit alors, constata avec la présence de cette température et de la douleur dans la fosse iliaque droite, l'absence de tout symptôme physique. Il n'existait ni plastron abdominal ni empâtement des culs-de-sac vaginaux. On pensa à une crise d'appendicite profonde ou simplement d'entérocolite. Cette dernière hypothèse devint la plus plausible (et ce fut celle à laquelle se rallia le Docteur Durand-Viel du Havre) lorsqu'on constata la présence de diarrhée intermittente. L'examen microscopique des selles montra que celles-ci renfermaient du pus avec une flore microbienne banale et l'absence de kystes amibiens et d'amibes. Un auto-vaccin fut préparé et essayé sans résultat.

Cependant la fièvre continuait, oscillant entre 38°5 et 39°5 et l'état général périclitait au point qu'après 7 mois de lit, la femme avait maigri de 28 kgr. Un examen radiographique pratiqué par le Docteur Richard ne put éclairer le diagnostic.

L'état devenant très grave et la femme étant complètement cachectique, en présence de l'échec de toute thérapeutique médicale, on songea à une intervention chirurgicale et le Professeur Gosset fut appelé à voir la malade.

Celle-ci présentait à ce moment des oscillations thermiques, des douleurs à peine marquées à la pression profonde de la partie supérieure de la fosse iliaque droite, une évacuation intermittente de pus par le rectum. Il n'existait ni plastron abdominal, ni trace de fistule à l'examen rectoscopique.

Lors de l'examen du Professeur Gosset, celui-ci constata par le toucher vaginal une induration à peine perceptible du cul-de-sac vaginal droit. Ce signe joint à la légère douleur

dans la fosse iliaque droite, à la température persistante, à l'évacuation intermittente de pus par le rectum lui fit porter le diagnostic de collection purulente du ligament large droit s'évacuant par intermittences par le gros intestin.

Le siège de la douleur et l'absence de fistule à l'examen rectoscopique le poussèrent à préciser que l'ouverture de la collection s'était produite dans la partie droite du gros intestin. En présence de l'état cachectique de la malade qui semblait vouée à une mort prochaine si on n'intervenait pas, il conseilla au Docteur Le Nouëne de l'opérer sans lui cacher la gravité du pronostic en le laissant juge de la voie à suivre pour l'intervention. Le Docteur Le Nouëne décida de tenter d'abord la colpotomie, réservant l'intervention par la voie haute pour le cas d'insuccès de l'opération vaginale.

Opération le 16 septembre 1922, à la Clinique du Docteur Le Nouëne. La malade est endormie à l'éther par le Docteur Daniel. L'utérus étant abaissé facilement, le chirurgien ouvre le cul-de-sac postérieur et constate que les ciseaux entrent en péritoine libre. L'index droit introduit dans l'incision montre l'absence de collection en arrière de l'utérus et le chirurgien déconcerté songe à limiter là l'intervention, lorsqu'en introduisant l'index profondément à droite, en abaissant le plus possible l'utérus et en s'aidant du palper abdominal par la main gauche, il arrive à sentir une grosseur dans la fosse iliaque droite. Il remplace son index par une pince clamp courbe, et en déprimant fortement la paroi abdominale il réussit à effondrer cette grosseur à peine perceptible et à évacuer une poche purulente dont l'ouverture agrandie par l'écartement des mors de la pince donne issue à environ 200 grammes de pus. Le cul-de-sac postérieur est tamponné et la femme remise dans son lit après une intervention qui n'a duré que quelques minutes.

Dans la journée, l'opérée éprouve du shock, a des transpirations froides et des tendances à la syncope.

On la soutient par des piqûres d'huile camphrée et de sparteine. Le lendemain elle est hors de danger. La guérison se produit rapidement et après 1 mois l'opérée peut aller à Paris remercier le Professeur Gosset dont le diagnostic lui sauva la vie.

Anatomie des ligaments larges

Les ligaments larges sont essentiellement formés de deux feuillets péritonéaux qui, après avoir recouvert les faces antérieure et postérieure de l'utérus, s'accolent au niveau des bords latéraux de celui-ci. Ils sont transversalement étendus à droite et à gauche de l'utérus, fixant cet organe et l'extrémité supérieure du vagin à la paroi pelvienne. Dans leur ensemble, l'utérus et les ligaments larges rappellent vaguement l'aspect d'une chauve-souris et divisent transversalement l'excavation pelvienne en deux cavités : l'une antérieure vésicale ou pré utérine, l'autre postérieure rectale ou rétro-utérine.

Chaque ligament a la forme d'un quadrilatère et présente deux faces et quatre bords :

1°) La face antérieure est en rapport avec la vessie et regarde en bas et en avant.

2°) La face postérieure en rapport avec le rectum regarde en haut et en arrière. Elle descend plus bas que la face antérieure.

3°) Le bord interne répond au bord latéral de

l'utérus : à ce niveau, les deux feuillets séreux s'écartent pour laisser passer les vaisseaux utérins.

4°) Le bord externe répond à la paroi pelvienne, c'est-à-dire à l'obturateur interne et son aponévrose.

5°) Le bord supérieur, tourné en avant et en haut, est concave.

A partir du fond de l'utérus, il se subdivise en trois replis divergents ou ailerons qui contiennent :

a) Le postérieur, les vaisseaux qui se rendent à l'ovaire.

b) L'antérieur, le ligament rond.

c) Le moyen, qui figure le véritable bord supérieur, la Trompe de Fallope.

6°) Le bord inférieur est convexe et repose sur le plancher pelvien ; à son niveau, les deux feuillets séreux s'écartent et circonscrivent un espace appelé base du ligament large.

Les deux replis péritonéaux des ligaments larges sont doublés à leur intérieur d'une lame musculaire à fibres lisses se continuant avec la musculeuse de l'utérus et sont unis l'un à l'autre par une couche de tissu cellulo-vasculaire.

En haut, les deux feuillets séreux se continuent réciproquement en enveloppant la trompe ; en bas, au niveau de l'isthme, ils s'écartent au contraire l'un de l'autre pour se porter, l'un sur la vessie, l'autre sur le rectum.

La partie supérieure des ligaments larges est très mince.

La partie inférieure est très épaisse et contient une assez grande quantité de tissu cellulo adipeux.

Le tissu cellulaire des ligaments larges se continue directement avec celui des espaces voisins.

L'artère utérine, branche de l'hypogastrique, descend le long de la paroi pelvienne et traverse la base du ligament large pour se réfléchir contre le col de l'utérus, suivre le bord latéral de cet organe et s'anastomoser avec les branches terminales de l'artère ovarienne.

Les veines sont satellites des artères du même nom.

Les lymphatiques du ligament large proviennent de la trompe, de l'ovaire et accessoirement du ligament rond, mais la plus grande partie d'entre eux vient de trois tuniques de l'utérus, en particulier de la musculeuse, dans l'épaisseur de laquelle ils forment un volumineux plexus. Ils sont disposés dans le ligament large en un très riche réseau d'où partent des canaux qui accompagnent les troncs artériels et veineux en trois groupes principaux :

a) Le supérieur, en rapport avec les vaisseaux ovariens et leurs terminaisons.

b) Le moyen ou groupe du ligament rond.

c) L'inférieur, en rapport avec les vaisseaux utérins, le col utérin et le vagin.

Etiologie - Pathogénie

La puerpéralité est de beaucoup la cause la plus fréquente des phlegmons du ligament large, à tel point que Frarier n'en admettait point d'autre. On les observe néanmoins en dehors de tout état puerpéral, notamment à l'occasion de traumatismes opératoires ou accidentels : d'une amputation du col, d'un curettage, de toute intervention sur l'utérus, le vagin, le périnée et aussi bien après la simple incision d'un abcès superficiel, d'une bartholinite même. Les progrès de l'asepsie dans les petites interventions de gynécologie ont fait baisser la proportion de ces causes non puerpérales à environ 3 pour 100 selon les auteurs. Les lésions ulcéreuses du col, les suppurations de la trompe et de l'ovaire peuvent aussi intéresser secondairement le tissu cellulaire des ligaments larges et Pierre Delbet admet, avec Byford et Fenger, les abcès pelviens tuberculeux, secondaires sans doute à la tuberculose génitale.

Le streptocoque est le seul microbe mis en cause ; le gonocoque est considéré comme jouant le rôle de fourrier vis-à-vis de ce dernier, à cause de sa difficulté à franchir la muqueuse utérine, ainsi

que Widal l'a montré. La voie veineuse et la voie lymphatique ont été tour à tour incriminées.

La théorie de l'infection par voie veineuse a été surtout défendue par Dance, Bernutz, Frarier, Hervieux, Courty. La voie lymphatique a été soutenue par Boyer, Nonat et elle a été consacrée de façon irréfutable en 1870 par Lucas Championnière et confirmée par Fioupe, Auger et Guérin, malgré la tentative de Charpy pour rétablir la phlébite.

C'est par l'intermédiaire des nombreux lymphatiques qu'il renferme que le tissu cellulaire des ligaments larges s'infecte. Les phlegmons du ligament large sont donc en réalité des lymphangites suppurées et des adéno-phlegmons, grâce à la porte d'entrée ouverte au streptocoque par la déchirure et l'effraction de la muqueuse utérine et des tissus, qui ouvrent largement les troncs lymphatiques.

La voie veineuse n'est admissible que pour les cas de virulence extrême où tout est simultanément envahi, et comme l'anatomie pathologique des ligaments larges n'était guère connue que par l'étude de ces formes diffuses et mortelles, on s'explique pourquoi Bernutz et les autres partisans de la voie veineuse ont soutenu cette théorie.

Anatomie pathologique

L'inflammation peut être soit diffuse d'emblée, soit circonscrite.

Dans le premier cas : Erysipèle malin interne de Virchow, Cellulite pelvienne diffuse, de Bouilly, l'infection se propage avec une rapidité foudroyante sans avoir le temps de se localiser. Tout est pris en masse, lymphatiques et veines sont bourrés de streptocoques et c'est la mort rapide comme dans les septicémies toxiques avant que le pus ait le temps de se constituer en grande abondance. Cette rapidité d'infection est favorisée souvent par la distension et le relâchement successifs du tissu cellulaire au moment de l'accouchement et par l'état des veines rendues variqueuses qui peuvent même se rompre et donner lieu à des nappes sanguines toutes prêtes à être ensemencées (Pozzi).

Dans l'autre cas, cas le plus ordinaire, l'extension de l'inflammation n'est pas aussi rapide ni aussi septique. La lésion se localise. Il se forme une infiltration œdémateuse des tissus par un liquide épais et jaunâtre, qui peut se résorber, et alors la guéri-

son survient, ou bien, souvent, aboutir à la suppuration.

Les phlegmons du ligament large proprement dit menacent directement le péritoine, où ils peuvent s'ouvrir, rarement il est vrai. Le péritoine participe d'ailleurs souvent au processus inflammatoire avec formation d'adhérences épiploïques. Ils peuvent distendre le bord supérieur du ligament large et évoluer vers la paroi abdominale antérieure. Ils peuvent aussi fuser dans la fosse iliaque par l'intermédiaire des lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux ovariens soit en avant, du côté de la paroi abdominale, au niveau de l'arcade de Fallope et au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, soit en arrière vers la fosse lombaire et gagner la région rénale. Plus rarement, la propagation inflammatoire peut se faire le long du ligament rond pour aboutir à l'orifice externe du canal inguinal. Ils peuvent également, par voie de décollement, s'étendre en avant ou en arrière de l'utérus (phlegmon rétro-utérin de Gallard). Ils peuvent aussi, dans certains cas très rares, s'ouvrir dans la partie haute du gros intestin (cas personnel).

Les phlegmons de la base du ligament large tendent à s'ouvrir dans les cavités viscérales voisines : vagin, rectum, vessie, utérus, voire urètre. Ils peuvent aussi, le tissu cellulaire de la base du ligament large se continuant directement avec celui des espaces voisins, envoyer des fusées purulentes dans la fosse iliaque interne, par l'intermédiaire des

lymphatiques accompagnant les vaisseaux utérins et hypogastriques, donner également des prolongements : fessier, par l'échancrure sciatique, iliaque et crural antérieur par la loge prévésicale, enfin en traversant l'aponévrose pelvienne supérieure et le releveur ils peuvent se faire jour au voisinage de l'anus.

Les gros phlegmons du ligament large qui ont envahi la fosse iliaque et sont venus au contact de la paroi abdominale antérieure n'ont ordinairement qu'une seule cavité, facile à vider, car dans ce cas le péritoine du ligament large est soulevé à un tel point qu'il peut venir se mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure : il se continue alors directement avec le péritoine de la fosse iliaque et l'abcès ne forme plus qu'une seule et grande poche.

Au contraire, les phlegmons de la base du ligament large ont plus de tendance à être cloisonnés, traversés qu'ils sont par les branches de l'hypogastrique (qui peuvent s'ulcérer et donner lieu à des hémorragies mortelles), des veines et des nerfs, qui les cloisonnent et donnent ainsi naissance à des loges purulentes plus ou moins indépendantes et dont l'évacuation complète peut être très longue et aboutir à la fistulisation.

Symptômes

Lorsque le phlegmon du ligament large est consécutif à un accouchement, il se déclare d'ordinaire dans les vingt premiers jours qui suivent cet accouchement, mais surtout du cinquième au dixième jour.

Deux symptômes prédominent : la fièvre et la douleur. Précédée d'un frisson initial, la fièvre atteint rapidement 39°, mais rarement 40°. Elle est parfois accompagnée de nausées et de vomissements, mais ne présentant ni la fréquence ni l'intensité de ceux qui accompagnent le début de la pelvi péritonite et en général de toutes les affections intéressant directement le péritoine. Le pouls est rapide, aux environs de 140, mais bien frappé. La figure est animée, plus ou moins colorée, toute différente du facies péritonéal.

La douleur est constante, fongitive, exaspérée par le palper profond, localisée à l'hypogastre avec irradiations du côté de la cuisse qui se met en flexion (position procurant la moindre douleur) en suivant à peu près le trajet du nerf cutané externe (König).

Le ballonnement du ventre est modéré.

Dans certains cas, le début de l'affection est plus insidieux : tantôt les malades accusent seulement une douleur locale névralgique peu intense sans grands troubles généraux, tantôt, au contraire, les phénomènes généraux prédominent avec amaigrissement, anémie, et la cause initiale peut n'être souvent décelée qu'après des semaines ou des mois. C'est le cas pour notre observation.

La forme diffuse aiguë qui emporte la malade en peu de jours n'est qu'une des modalités de la septicémie puerpérale grave : elle ne nous arrêtera pas.

Localement, au toucher vaginal qui doit être prudent, mais qu'on doit pratiquer néanmoins, on trouve, dès le quatrième jour, dans le cas de phlegmon de la base, un empâtement du cul-de-sac correspondant qui fait place rapidement à une tuméfaction qui augmente de volume et devient ensuite fluctuante. Mais, signe caractéristique, cette tuméfaction fait corps, pour ainsi dire, avec l'utérus et se continue avec lui sans aucun sillon de démarcation ; elle peut s'étendre et aller s'accoler à la paroi pelvienne, mais elle reste toujours dans le même plan que l'utérus. Ce dernier organe est presque toujours dévié du côté sain, rarement attiré du côté malade. La tumeur n'est pas perçue par le palper abdominal simple.

Le phlegmon du ligament large proprement dit échappe, lui, à l'exploration vaginale, ou du moins il faut soulever fortement le cul-de-sac correspondant pour en atteindre la limite inférieure. C'est

par la paroi abdominale qu'on le décèle. On sent au début un empâtement au-dessus de l'arcade de Fallope, puis une tumeur dure tendue entre l'utérus et la paroi pelvienne, proéminant ensuite sous forme de plastron (plastron abdominal de Chomel).

Dans le cas où tout le ligament large est envahi, c'est à la fois par le palper abdominal et le toucher vaginal que la tuméfaction peut être perçue.

Evolution

Nous avons dit que la résolution avec guérison était possible, mais la suppuration est la règle. Elle s'annonce, au bout d'un temps variable, par une recrudescence des phénomènes généraux. Les oscillations de la température augmentent d'amplitude, jusqu'à atteindre le soir 38°5, 39°5. La face devient pâle, la langue est sèche, l'amaigrissement s'accentue, des sueurs et des frissons surviennent, la douleur devient plus lancinante. En même temps apparaît la fluctuation. Le toucher et le palper permettent de constater une saillie de plus en plus accentuée dans le cul-de-sac vaginal ou sous la paroi abdominale, saillie qui maintenant se laisse déprimer et garde l'empreinte du doigt.

Quand la suppuration n'est pas très abondante, si on n'intervient pas, les choses peuvent ainsi se prolonger pendant longtemps. Les phénomènes d'infection chronique déterminent un affaiblissement progressif et un état cachectique qui peut déterminer la mort ou au contraire il peut y avoir évacuation spontanée de pus, évacuation qui aboutit soit à la guérison rapide, soit à la fistulisation.

Quand la suppuration est abondante et rapide, le phlegmon tend à s'évacuer par les voies déjà indiquées :

a) Pour le phlegmon du ligament large proprement dit à la paroi abdominale et parfois vers la région lombaire.

b) Pour les phlegmons de la base dans le vagin d'abord (30 fois sur 95 cas, Delbet), dans le rectum ensuite (28 fois sur 95) ; plus rarement, il s'évacue par la vessie, exceptionnellement dans l'utérus et l'urètre ou encore par les points cruraux, fessiers, lombaires déjà indiqués.

Delbet cite un cas d'ouverture de phlegmon du ligament large dans le cul-de-sac de Douglas, déjà isolé de la grande cavité par une pelvi péritonite ancienne.

L'ouverture du phlegmon du ligament large à la peau ou dans les cavités viscérales voisines est généralement suivie d'une sédation de tous les symptômes, d'un soulagement immédiat. La guérison peut survenir du fait de l'évacuation complète du foyer purulent, mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; cette évacuation du fait d'un drainage insuffisant peut aboutir à la fistulisation et ses conséquences.

L'ouverture au vagin est la plus favorable de toutes.

Puis vient celle à la paroi abdominale antérieure qui amène la guérison dans la plupart des cas mais

pas toujours très rapidement et avec des résultats parfois médiocres. L'ouverture au rectum est généralement considérée comme favorable. Delbet en cite 45 cas, dont 35 n'ont subi aucun traitement ; sur ces 35 cas, 19 ont guéri, 10 sont restés stationnaires jusqu'au moment de leur publication, 5 ont amené la mort ; 1 a été perdu de vue.

Un petit abcès à parois minces qui s'ouvre par sa partie déclive guérira facilement. Un abcès volumineux à parois épaisses qui s'ouvre par son sommet ne se vide que par regorgement et reste presque fatalement fistuleux. Souvent l'abcès qu'on croit guéri récidive. Dans un cas de Bonnet, la malade rend du pus par les selles 18 mois après, puis au bout de 3 ans un nouveau phlegmon survient du même côté. Chez un malade de Boissarie après une odyssée de plusieurs années, l'abcès finit par s'ouvrir secondairement dans le vagin. Pozzi dit : « Si un abcès ouvert dans le rectum ne guérit pas rapidement, il est fort à craindre qu'il ne guérisse pas du tout ». Il faut surveiller l'écoulement du pus par les selles. 3 cas peuvent se présenter :

1°) Toutes les selles sont purulentes : l'ouverture est bien placée, la guérison est probable.

2°) Pus dans les selles tous les 2 ou 3 jours : l'ouverture est mal située, le phlegmon se vide par regorgement et se trouve dans de mauvaises conditions pour guérir.

3°) Longues intermittences : pendant quelques jours on trouve du pus à chaque selle, puis à intervalles de plusieurs semaines ou de plusieurs mois : il se produit alors, dans ce cas, une véritable cicatriation de l'ouverture spontanée et une récidive véritable de l'abcès.

Tous les auteurs considèrent l'ouverture dans la vessie comme un grand danger à cause des accidents graves de cystite, urétrite, pyélonéphrite qu'elle peut déterminer. Les ouvertures dans l'utérus sont considérées comme les plus défavorables de toutes : 6 cas de Delbet se sont terminés par la mort.

Quant à la rupture intra péritonéale, elle est heureusement peu fréquente, mais rapidement mortelle.

Quand la guérison, à la suite de l'ouverture du phlegmon de la base du ligament large dans un des viscères voisins survient, cette prétendue guérison laisse après elle des rétractions cicatricielles qui peuvent produire des déviations utérines, des coudures, des adhérences péri utérines comprimant les vaisseaux, les nerfs, les uretères, le rectum. Il en résulte des troubles circulatoires se traduisant par de l'œdème du membre inférieur, des névralgies rebelles, des accidents d'hydronéphrose, de rétrécissement rectal, etc...

Pour notre cas personnel, il s'agit d'une femme qui avait eu, 12 ans auparavant, un accouchement très pénible avec plaie de la paroi vaginale et infection consécutive. Puis, 8 ans après son accouche-

ment, elle avait présenté les signes d'un phlegmon haut situé du ligament large droit et 4 ans après ce dernier événement elle eut des intermittences de pus dans les selles avec température et cachexie.

Ce qui est caractéristique de notre observation, c'est que jamais, à cause précisément de la fistulisation dans la partie droite du gros intestin, jamais il ne se forma de tuméfaction abdominale. A peine put-on sentir, à la fin de la maladie, une sensibilité du cul-de-sac droit.

Diagnostic

Pendant les quelques jours qui suivent un accouchement, le diagnostic de phlegmon du ligament large s'impose. On ne pourrait le confondre qu'avec la pelvi péritonite, mais dans la pelvi péritonite la douleur est plus aiguë, plus superficielle, « à fleur de peau », le pouls est petit, serré, le ventre est ballonné, le facies grippé.

En dehors de tout état puerpéral, quand le phlegmon du ligament large s'est installé insidieusement, le diamètre est plus difficile. Ce qui paraît spécial au phlegmon du ligament large au point de vue des symptômes généraux et qui a pu le différencier de la salpingo ovarite dans notre cas personnel, c'est que la femme ne souffrait qu'au moment de l'évolution du phlegmon. Celui-ci a une allure absolument aiguë contrairement à la salpingo ovarite qui entre les poussées inflammatoires laisse une douleur chronique. Dans le cas que nous avons observé, la femme n'a jamais souffert dans les années qui ont précédé ou suivi l'évolution de son phlegmon, et même à

cause, précisément, de la fistulisation de celui-ci, les douleurs au cours de son évolution même n'ont jamais été très vives. D'autre part, dans la salpingite, nous avons la notion de crises précédentes analogues.

Au toucher, dans le cas de phlegmon de la base du ligament large, la tumeur se continue avec l'utérus sans sillon de démarcation et se trouve immédiatement au contact de la paroi vaginale.

Dans la salpingite, au contraire, on sent un sillon très net entre l'utérus et la tumeur que l'on touche en traversant l'épaisseur de la base du ligament large restée saine.

On devra aussi faire le diagnostic avec un fibrome immobilisé par la pelvi péritonite, de kyste suppuré du ligament large : on songera, là aussi, aux commémoratifs.

Dans le cas que nous rapportons et bien que la femme ait présenté 4 ans plus tôt les signes d'un phlegmon abdominal droit, le diagnostic resta de longs mois incertain. On ne constatait, en effet, chez elle, que les symptômes suivants : température intermittente, le thermomètre variant de 37°5 à 39°5, émission intermittente de pus par l'anus, amaigrissement très marqué (28 kg.), aspect de plus en plus cachectique.

Pendant longtemps, l'examen de l'utérus et des culs-de-sac fut négatif et la femme fut soignée pendant plusieurs mois pour entérite. L'examen rectoscopique lui-même fut négatif.

M. le Professeur Gosset vit la malade après 9 mois de lit et ne put que soupçonner, par le toucher vaginal, l'existence d'une suppuration péri utérine, le ventre restant souple, indolore à la pression. L'intervention ayant fait la lumière sur le diagnostic, nous arrivons cependant à grouper comme symptômes qui en l'absence d'une tuméfaction auraient pu nous éclairer : le passé gynécologique de la femme qui sans avoir gardé de douleurs abdominales avait fait une infection puerpérale grave et avait présenté 4 ans auparavant une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, des intermittences de température et des intermittences d'évacuation de pus par le rectum.

Traitement

Tout au début, on peut espérer la guérison par le repos au lit et la glace sur l'abdomen. Mais dès que le phlegmon du ligament large a évolué vers la suppuration, il faut l'inciser largement et de bonne heure. En n'intervenant pas, on s'expose à l'ouverture spontanée et mortelle dans le péritoine ou à la fistulisation et ses conséquences. Il y a évidemment des cas d'ouverture dans le vagin surtout, à la peau, au rectum quelquefois qui évoluent vers la guérison mais le risque de fistulisation et de cachexie que l'on fait courir à la malade est bien plus grave que celui d'une incision faite au moment propice et au bon endroit. Si l'ouverture s'est faite spontanément et n'a pas été un mode de guérison au bout de quelques jours, il faut donner au pus une issue plus favorable. On peut dire, en thèse générale, que le grand danger à éviter dans l'incision d'un phlegmin du ligament large est lapénétration du pus, très septique, dans la grande cavité abdominale. On peut considérer celle-ci comme presque inévitablement mortelle.

Deux incisions sont en général possibles. Dans les phlegmons du ligament large, proprement dit, qui vont se présenter à la paroi abdominale, il faut inciser comme pour la ligature de l'iliaque externe (laparatomie sous-péritonéale de Pozzi) c'est-à-dire en incisant la paroi abdominale juste au-dessus de l'arcade de Fallope et en décollant le cul-de-sac péritonéal de façon à faire une opération extra péritonéale, soit que l'on ait pu décoller le cul-de-sac avant l'ouverture de la collection, soit que celle-ci ait été ouverte dans des adhérences qui défendent la grande cavité. Parfois on devra pratiquer une contre ouverture vaginale pour assurer un drainage parfait.

Dans les phlegmons de la base du ligament large, certains auteurs ont préconisé la voie périnéale (Hégar, Sanger) en traversant la fosse ischio rectale et le releveur de l'anus, la voie para sacrée (E. Zuckerkandl, Wolfler) en sectionnant les parties molles de la peau sur les bords du sacrum et en abordant l'espace pelvi sous-péritonéal au-dessus du releveur, sur les côtés du rectum, mais ces opérations sont maintenant abandonnées.

La seule incision vraiment rationnelle c'est une colpotomie qui presque toujours sera postérieure. Une fois l'incision pratiquée aux ciseaux selon la méthode classique, il sera nécessaire d'effondrer avec le doigt les loges qui remplissent le cul de sac, les auteurs étant d'accord pour reconnaître que si le phlegmon de l'étage supérieur est presque toujours à une seule cavité, celui de la base du liga-

ment large comprend le plus souvent plusieurs loges.

Dans notre cas, le procédé opératoire était difficile à établir : en effet, le phlegmon, à cause de sa fistulisation dans la partie droite du gros intestin ne saillait nulle part et ne présentait aucun point d'appel au bistouri : donc, incertitude. Faire une laparatomie médiane à une malade cachectique ayant maigri de 28 kg. et présentant, depuis 9 mois, des symptômes d'hecticité, semblait au Docteur Le Nouëne une solution qu'il était impossible d'envisager. Le Docteur Le Nouëne, se basant sur la gravité bien moindre des opérations par la voie vaginale en cas de pus virulent chez les malades cachectiques, décida de rechercher le foyer de suppuration par le cul-de-sac postérieur. L'incision de celui-ci conduisit en péritoine libre, mais par cette ouverture le chirurgien en introduisant l'index put saisir en déprimant fortement la paroi abdominale de la main gauche une grosseur dans laquelle il introduisit une pince courbe qui donna issue au pus.

Nous croyons donc qu'en pareil cas, il faudrait procéder de la même façon, une opération par la voie vaginale, en même temps qu'elle offre un drainage efficace, étant bien moins grave pour la malade et par sa rapidité d'exécution et surtout parce qu'elle évite le passage du pus dans la grande cavité péritonéale.

Conclusions

I. Le phlegmon du ligament large fistulisé dans la partie droite du gros intestin est une rareté pathologique.

II. Le phlegmon du ligament large fistulisé dans la partie droite du gros intestin est d'un diagnostic très difficile à cause de l'absence de toute tuméfaction.

III. Le phlegmon du ligament large fistulisé dans la partie droite du gros intestin nous semble devoir être traité par la colpotomie avec recherche de la collection par le cul-de-sac vaginal droit.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président.*

ROGER. GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

Achprise. — Les indications opératoires dans les abcès fétides du ligament large. — *Union Médicale du Canada*, Montréal, 1921, I, 453-456.

Auger. — Lymphadénite péri-utérine ou phlegmon du ligament large. — Thèse de Paris, 1876.

Bender. — Sur un cas de phlegmon du ligament large. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912, I, 453-456.

Bernutz et Goupil. — *Archives de Médecine*, 1854, 5e Série, tome IX, 285 et 419.

— Cliniques médicales sur les maladies des femmes, 1862, Tome II, p. 405 et suivantes.

Bernutz. — *Archives de Tocologie*, 1874.

De Bovis. — Annexites et lymphangites du bord supérieur du ligament large. — *Semaine Médicale*, 1912, XXXII, 565-567.

A. Charpy. — De la structure des ligaments larges et de leurs abcès. — *Lyon Médical*, 1886, LIII, 337-381.

Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 2e édition, 1870, p. 597.

Cornil et Ranvier. — Histologie-pathologique, 2e partie, p. 446.

Cruveilhier. — Atlas d'anatomie pathologique, tome II.

Dance. — *Archives générales de Médecine*, 1828, p. 473.

Delbet. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1888, p. 475, 199 et 165.

— Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891, p. 190.

Discussion sur le phlegmon du ligament large. — *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1887, 2ᵉ série, XVIII, 602, 614.

Doyen. — Technique chirurgicale.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, tome VIII, p. 363.

Fioupe. — Thèse de Paris, 1876.

Frariner. — Etude sur le phlegmon du ligament large. — Th. de Paris, 1866.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1879.

Guéneau de Mussy. — *Cliniques médicales*, 1875, tome II, p. 90.

A. Guérin. — Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, 1879, p. 1364.

— *Gazette hebdomadaire*, 1876, n° 9.

— *France Médicale*, 1876, n° 1.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1866.

H. Guilbert. — Des complications inflammatoires aiguës bénignes des ligaments larges dans les suites de couches pathologiques. — Thèse de Paris, 1906.

Crisolle. — *Archives générales de Médecine*, 1879. — Abcès de la fosse iliaque.

Hervieux. — Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches, 1870, p. 504.

— Notes sur le ligament large. — *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris*, 1887, 2ᵉ série, XVIII, p. 410-419.

Houzel. — Phlegmon du ligament large gauche : laparatomie sous-péritonéale. Guérison. Rapporté par Pozzi. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1886, n. s. XII, 856-860.

Jarjavay. — Traité d'anatomie chirurgicale, tome I, p. 288.

LALLEMENT. — Etude sur l'anatomie et la pathologie du ligament large. — Thèse de Paris, 1881.

LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — Lymphatiques utérins et lymphangite utérine. — Thèse de Paris, 1870.

— *Archives de Tocologie*, Tome II, p. 531 et suivantes.

LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, 1901, tome X, p. 853.

LEWERS. — On the post mortem appeaxances of a phlegmon of the broad ligament. — *Lancet London*, 888, I, 72.

MARY. — Etude sur un genre d'adénolymphite. — Thèse, 1878.

NICAISE. — Leçons cliniques sur les phlegmons du ligament large.

NIKOLOFF. — Phlegmon pelvien ou du ligament large. — *Echo Médical du Nord*, 1911, XIV, p. 395-398.

NONAT. — Du phlegmon péri-utérin. — *Gazette des Hôpitaux*, 1870.

— Thèse de Paris, 1832.

— Traité des maladies de l'utérus, 1860.

PICHEVIN. — Inflammation des ligaments larges. — *Semaine gynécologique*, 1906, XI, p. 153.

S. POZZI. — Péri-métro-salpingites. — *Progrès médical de Paris*, 1890, 2e série, XII.

RICHET. — Traité d'anatomie médico-chirurgicale, 1877, p. 983.

ROUFFART. — Abcès du ligament large pris pour un abcès de la trompe communiquant avec l'utérus. — *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, Bruxelles, 1900, XI, p. 12-13.

DE SINÉTY. — Manuel pratique de gynécologie et de maladies des femmes, 1879, p. 654.

J. SIMON. — Thèse d'agrégation, Paris, 1866.

SIREDEY. — De la périmétrite. — Thèse de Paris, 1851.

— *Annales de Gynécologie*, 1875

Testut et Jacob. — Traité d'Anatomie topographique, 1914.

Thierry. — Thèse de Paris, 1868.

Weiss et Hamant. — Phlegmon du ligament large, suite de manœuvres abortives. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 1921, X, 173-175.